インフルエンザワクチン予診票

2017 年度シーズン版　南長池診療所専用用紙

※こちらの予診票は他の医療機関では使用できません

●下の 太枠内 にあらかじめ記入し、予診（問診）に提出してください。
●組合員 3,000 円(3 歳未満 2,600 円)　その他 4,200 円(3 歳未満 3,600 円)
　組合員料金での利用には組合員証の提示が必要です。ご用意ください。
●この用紙は 65 歳未満の方専用の予診票となっております。長野市にお住まいで 65 歳以上の方は別の予診票となります。（受付で受け取って下さい。）

体温 ℃	□ 6 ヶ月から 2 歳(0.25cc) □ 3 歳以上(0.5cc)

接種日			
ふりがな		生年月日	年齢　　歳(　　ヶ月)
名　前		いずれかに〇をお願いします 医療生協組合員（家族も）　・　一般	
住所			
保護者名	(こどもの接種時のみ)	電話番号:	

◆以下の質問にお答えください		〇で選択　詳細をご記入ください
現在、治療中か通院中の病気はありますか？		なし　あり
治療や通院をしていないけれども具合がわるい症状は？		なし　あり
最近 1 週間以内に予防接種をうけたことはありますか？		なし　あり
最近 1 か月以内のインフルエンザ以外のワクチン接種は？		なし　あり
いままでに予防接種をうけて具合が悪くなったことは？		なし　あり
その他、くすりや食物のアレルギーはありますか？		なし　あり
6 ヶ月以内に輸血・ｶﾞﾝﾏｸﾞﾛﾌﾞﾘﾝの注射をうけたことは？		なし　あり
【小児のみ】	ひきつけ(けいれん)をおこしたことは？	なし　あり
	今ｼｰｽﾞﾝのｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞﾜｸﾁﾝは何回目ですか？	初回　　2 回目 [1 回目　　月　　日] ＊2 回目接種は初回後 2 週以上あける必要があります
【女性のみ】	現在、妊娠している可能性はありますか？	なし　あり　妊娠中（　　ヶ月）
その他の質問など （自由記入）		
医師の問診/診察の結果、接種が可能と判断されたら予防接種をうけることを希望しますか。(希望する場合は署名を) ※小児の方は保護者の方の署名をお願い致します。		は い　　署名:

＜医師記入欄＞

問診・診察の結果、予防接種が可能と判断し接種します。

医師の署名（サインまたは印鑑）

長野医療生活協同組合　南長池診療所

ロット番号